

L'ENSEIGNEMENT THÉRAPEUTIQUE : Application au patient diabétique

A. GOLAY (1), G. LAGGER (1), M. CHAMBOULEYRON (1), A. LASSERRE-MOUTET (1)

RÉSUMÉ : L'enseignement thérapeutique est une approche centrée sur le patient, sur ses besoins, ses ressources, ses valeurs et ses stratégies. Il permet d'augmenter les connaissances, les compétences des patients non seulement sur leur maladie, mais aussi sur leurs traitements. Il apporte une meilleure qualité de vie, entraîne une observance thérapeutique accrue et une diminution des complications. La partie la plus difficile de l'enseignement thérapeutique réside lorsque le patient devrait changer de comportements. Les techniques d'entretien motivationnel sont d'un grand apport et permettent de préparer, puis de soutenir le patient dans un changement progressif «à petits pas». Le travail sur les résistances au changement est primordial et l'ambivalence face au choix d'un nouveau mode de vie doit être mesuré, discuté et négocié. Le patient devient un partenaire et nous devenons un « coach ». La négociation des objectifs doit permettre au patient de choisir ses propres stratégies qui devraient normalement lui coûter le moins possible psychologiquement et lui rapporter un maximum de bénéfices. L'efficacité de l'éducation thérapeutique n'est plus à démontrer : 80 % moins d'amputations à 10 ans chez les patients diabétiques, 50 % de maintien de perte de poids à 5 ans, etc. En conclusion, l'éducation thérapeutique fait partie d'une médecine humaniste centrée sur le patient qui lui permet d'être acteur de son traitement, de sa propre prise en charge et ceci, pour améliorer sa qualité de vie, son observance thérapeutique et ses complications potentielles. Le soignant ainsi enseigne, transmet, forme, négocie, motive et accompagne son patient dans le suivi à long terme de sa maladie.

MOTS-CLÉS : Enseignement thérapeutique - Diabète - Obésité - Entretien motivationnel

INTRODUCTION

L'enseignement thérapeutique du patient diabétique se fait depuis de nombreuses années avec succès (1-3). Son efficacité a été démontrée à plusieurs reprises et il a été adapté à d'autres maladies chroniques, telles que l'asthme bronchique (4), d'autres maladies pulmonaires (bronchopneumopathie chronique obstructive ou BPCO) (5), le syndrome d'apnée du sommeil (6-7), les maladies cardio-vasculaires (8), etc. La première définition officielle publiée dans un rapport d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a marqué définitivement l'identité de cette branche médicale (9).

L'ENSEIGNEMENT THÉRAPEUTIQUE PEUT-IL ÊTRE THÉRAPEUTIQUE? (FIG. 1)

L'enseignement thérapeutique a comme premier résultat l'amélioration de la qualité de vie

(1) Service d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques - 3HL, Département de Médecine Communautaire, Hôpitaux Universitaires de Genève - 1211 Genève 14

THERAPEUTIC EDUCATION OF THE DIABETIC PATIENT

SUMMARY : Therapeutic education is a patient centred approach focused on patients' needs, values and strategies. It allows not only to increase patients' knowledge and skills on the disease, but also on their treatments. It brings a better quality of life, an increased therapeutic compliance, and decreases complications. The most difficult part of therapeutic education occurs when patients must change their behaviour. Motivational interviewing techniques are of great support and allow to prepare and support patients in "step by step" progressive changes. It is essential to work on resistance to change. The ambivalence in the choice of a new lifestyle must be measured, discussed and negotiate. Patients become partners and health care providers become coaches. To negotiate objectives must allow patients to choose their own strategies which should cost them minimum psychological efforts and bring them maximum benefits. The efficacy of therapeutic education has not to be proved any more: 80 % less of amputations at 10 years in diabetic patients, 50 % of stable body weight after weight loss at 5 years, etc. In conclusion, therapeutic education is part of a humanist medicine centred on patients which allow them to take care of their own treatment, in order to improve their quality of life, therapeutic compliance and potential complications. The health care providers teach, train, negotiate, motivate and accompany their patients in the long-term follow-up of their diseases.

KEYWORDS : Therapeutic education - Diabetes - Obesity - Motivational interviewing

des patients (10). Trop souvent, les soignants ont tendance à l'oublier, et ces derniers ont en tête leurs buts qui sont, avant tout, d'améliorer l'observance thérapeutique et de diminuer les complications. Avec un enseignement thérapeutique, une diminution de 80 % des amputations en rapport avec la maladie diabétique a été observée

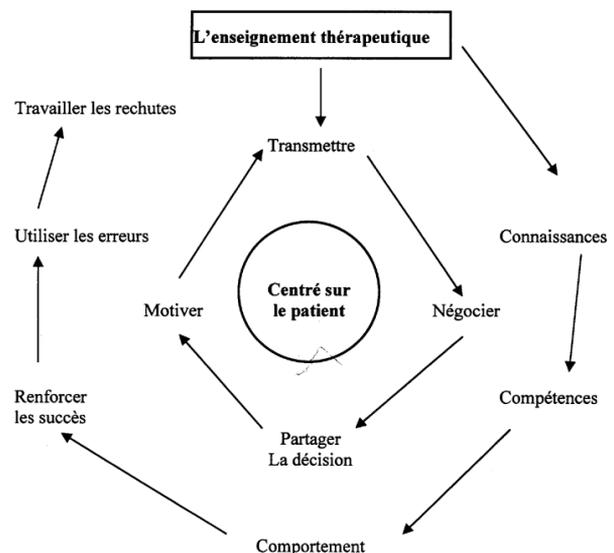


Fig. 1 : Schéma de l'enseignement thérapeutique

(11). Il est évident que le premier bénéficiaire d'une diminution des complications est le patient. Cependant, la menace des complications est souvent trop lointaine et très peu efficace sur la motivation. La menace des complications aurait même tendance à renforcer la peur et le déni qui paralysent l'acceptation de la maladie et la motivation à se prendre en charge.

Pour le patient, le poids qu'il accorde à sa qualité de vie d'aujourd'hui peut être très supérieur à celui accordé à la crainte des complications futures hypothétiques. Cela peut faire l'objet d'une ambivalence qui entraîne une mauvaise observance incompréhensible pour le soignant : «Le patient sait mais ne fait pas !».

L'enseignement thérapeutique n'a pas pour unique fonction d'augmenter les connaissances du patient; le but principal est de lui faire prendre conscience de son problème (qu'il s'agisse du diagnostic ou des facteurs de risque) afin qu'il intègre ces notions et qu'il agisse au plus près des recommandations du médecin. C'est alors que l'enseignement du médecin devient «thérapeutique» puisque, non seulement il permet au patient d'en savoir davantage, mais il le guide dans la prise en charge de son problème à long terme (12). Le patient devient ainsi co-thérapeute.

L'enseignement thérapeutique ne s'intéresse pas seulement à augmenter les compétences du patient, mais aussi à modifier son comportement. Ainsi, les approches pédagogiques d'enseignement sont complétées par des modèles psycho-sociaux (13) et par des approches psychologiques de type cognitivo-comportementales (14). Depuis plus d'une dizaine d'années, l'apport de ces approches psycho-pédagogiques a nettement amélioré l'efficacité de l'enseignement thérapeutique (15).

L'ENSEIGNEMENT THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2

Notre expérience s'est faite beaucoup à travers la prise en charge des patients diabétiques de type 2 souffrant d'obésité (16). Plus de 80% des patients diabétiques de type 2 accusent un excès de poids, très souvent induit par des troubles du comportement alimentaire de type hyperphagie boulimique. L'approche nutritionnelle habituelle ne suffit pas, car même un enseignement pédagogique idéal sur les connaissances alimentaires, les équivalents farineux et le contenu en graisses des aliments, ne permet pas une perte de poids durable. Même en les multipliant, les exercices pédagogiques pratiques, tels que gestion du buffet, des achats, des

lectures d'étiquettes, de la confection de recettes minceur, etc. n'améliorent que difficilement les résultats à long terme. L'approche cognitivo-comportementale nous a permis d'effectuer un grand bond dans notre approche interdisciplinaire et permet de maintenir des changements de comportement à long terme (14,16,17).

L'approche cognitivo-comportementale s'intéresse surtout aux mécanismes autour des déclencheurs des crises, du ressenti émotionnel, de la prise en compte des pensées automatiques négatives («je suis nul, moche, pas capable»). La dernière étape de ce que l'on appelle une analyse fonctionnelle d'une crise alimentaire consiste à aider le patient à rechercher ses propres stratégies et évaluer les conséquences positives qui en découlent.

L'analyse fonctionnelle (Fig. 2) de la crise alimentaire permet au patient de sortir d'un cercle vicieux. Exemple : Déclencheur : une frustration au travail. Pensée négative : je suis nul de me laisser injurier. Emotion : une colère retenue. Comportement habituel : je me jette sur la nourriture en rentrant. Conséquence : je grossis, je déséquilibre mon diabète, je culpabilise.

En analysant cette cascade du déclencheur à la conséquence, le patient comprendra mieux les mécanismes sous-jacents. Progressivement, il passera du cercle vicieux au cercle vertueux (Fig. 3). Exemple : Déclencheur : la frustration au travail pourra être diminuée en apprenant au patient à ne plus se laisser faire, à savoir dire non poliment, à prendre du recul, à exprimer ses émotions, etc. Les pensées deviendront moins négatives, les émotions exprimées seront moins douloureuses et la recherche de stratégies de remplacement à la crise deviendront des récompenses, des plaisirs, entraînant ainsi moins de crises alimentaires. Finalement les consé-

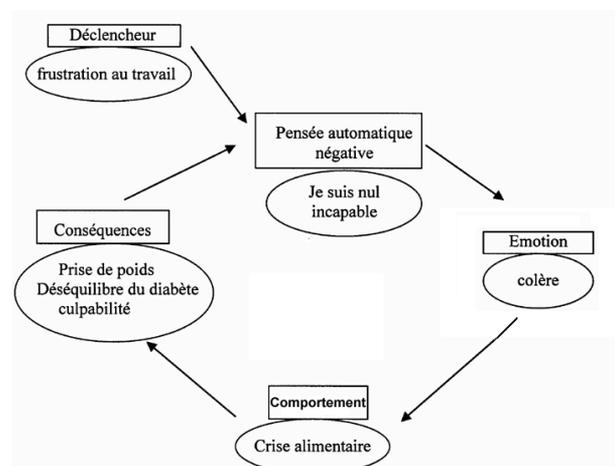


Fig. 2 : Le cercle vicieux d'une crise alimentaire

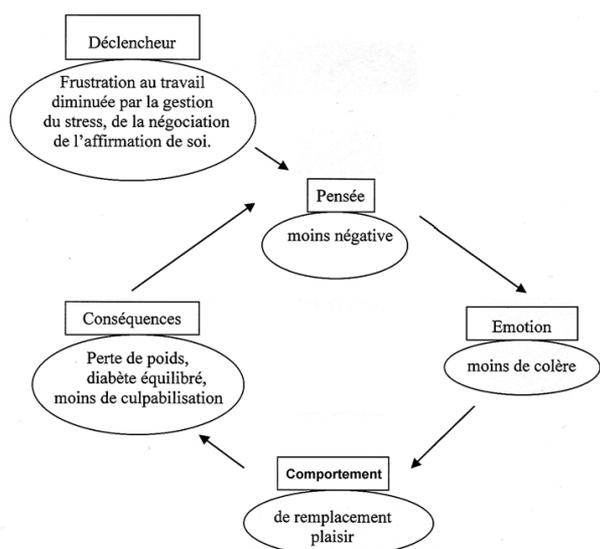


Fig. 3 : Le cercle «vertueux» après traitement

quences sur la qualité de vie et sur les résultats biologiques seront progressivement tangibles et ressentis.

LE RÔLE DU SOIGNANT : DE TRANSMETTRE À REMETTRE DANS LES MAINS DU PATIENT (18)

L'information efficace à un patient passe par une exploration de ses connaissances antérieures et des représentations qu'il se fait de sa maladie et du traitement. L'exploration concernant un diagnostic ou un facteur de risque joue plusieurs rôles : elle met en évidence les représentations (parfois fausses ou incomplètes) que le patient peut avoir; elle permet au médecin d'intégrer le vécu émotionnel du patient qui y est associé; elle lui permet aussi d'orienter ses propres explications selon les besoins du patient. Chaque patient est différent, unique : il est donc très important de déterminer son besoin individuel d'information.

Un vécu émotionnel négatif, s'il n'est pas explicitement abordé, peut représenter un obstacle insurmontable (parfois inconscient) dans la prise en charge d'un problème médical par le patient. L'empathie constitue alors l'outil indispensable pour mener l'entretien : elle permet au médecin de reconnaître et de verbaliser l'émotion observée chez le patient. Il est, en effet, important à ce stade de reconnaître et légitimer les émotions du patient au cours de l'entretien. Donner l'information doit se faire par petites tranches, en utilisant un langage clair et simple. L'utilisation de schémas visuels et de métaphores appropriés est la bienvenue.

Vérifier la compréhension du patient est très utile, et trop souvent oubliée. Lorsqu'un patient pense avoir compris, il retiendra encore mieux s'il doit lui-même l'exprimer. En pensant avoir été clair, le médecin surestime souvent le degré de compréhension du patient.

NÉGOCIER LA PRISE EN CHARGE AVEC LE PATIENT : «SHARED DECISION-MAKING»

A nouveau, cette étape est cruciale, car trop souvent une négociation se fait sans le savoir, et malheureusement elle se transforme en monologue ! Nous ne partageons avec le patient qu'un tiers de nos objectifs communs ! Pour cela, il est opportun de bien définir et de discuter les objectifs communs. Une façon habituelle de le faire est de lui présenter les possibilités de prise en charge et, dans la mesure du possible, de lui laisser une forme de choix et de lui faciliter l'expression de ses préférences. Il n'est pas recommandé de faire le choix à sa place et de lui donner d'emblée des directives. Si le patient a pu exprimer son opinion et ses préférences, son adhésion au plan d'intervention sera bien favorisée.

Dans la négociation, il y a une élaboration d'objectifs qui doivent être concrets, faisables, applicables, pas trop ambitieux. Plus les objectifs sont petits, plus ils seront atteints ! Un cadre dans le temps est posé. Pour une perte de poids, c'est primordial. Combien de kilos et en combien de temps sont des questions essentielles pour poser un cadre.

La négociation fait partie d'un concept primordial en enseignement thérapeutique qui est le partage de la décision entre le soignant et le patient («Shared decision-making»). Cette notion sous-entend un partage d'information, une écoute active et un «locus of control» partagé. Il ne doit pas être seulement chez le patient (interne), ni exclusivement chez le soignant (externe).

Finalement, il est très utile de demander de reformuler le plan thérapeutique choisi en s'assurant de la compréhension du patient et, surtout, de son accord. Cette requête assure que le patient fait une démarche personnelle et qu'il s'approprie son traitement, voire même qu'il accepte mieux sa maladie.

COMMENT MOTIVER SON PATIENT ?

Trop souvent, une mauvaise adhésion au traitement est due à un manque de motivation. C'est très facile de l'affirmer, mais c'est très difficile pour un soignant de se remettre en question, et de réaliser qu'il a probablement aussi une part

de responsabilité dans la mauvaise observance de son patient ! Un entretien motivationnel requiert des compétences psycho-pédagogiques certaines, qui sont très bien décrites et proposées par Miller et Rollnick (19). Il existe des principes bien définis, un esprit et des techniques appropriées pour ces entretiens motivationnels.

Avant de les résumer, il est aussi important de mieux comprendre le problème d'observance sous-jacent, de le faire sans jugement, et d'évaluer les facteurs qui peuvent influencer la motivation du patient. Les facteurs principaux sont résumés dans la Figure 4. Ils peuvent être liés au plan thérapeutique, trop compliqué, à l'entourage familial, social, et surtout à des facteurs liés aux patients, aux soignants, et à la relation entre les deux. Parmi les facteurs liés au patient, il ne faut pas oublier qu'il n'accepte pas forcément sa maladie ou son traitement, qu'il a certainement des croyances, représentations de sa maladie qui peuvent freiner l'adhésion au traitement. Les facteurs liés au soignant peuvent être son degré de motivation, de confiance dans le patient («il n'y arrivera jamais, il n'en est pas capable !»). Le soignant devrait être intimement convaincu que le traitement est efficace avant de le prescrire. Nous ne parlerons pas ici des contre-attitudes ni des préjugés qui peuvent habiter certains soignants !

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'entretien motivationnel, comme son nom l'indique, peut être utilisé dans toutes les situations thérapeutiques où une ambivalence existe et lorsque la motivation est au centre d'un processus de changement. En premier lieu, Miller et Rollnick (19) insistent pour présenter cet entretien comme une «manière d'être» avec les patients, et non pas comme un assortiment varié de tech-

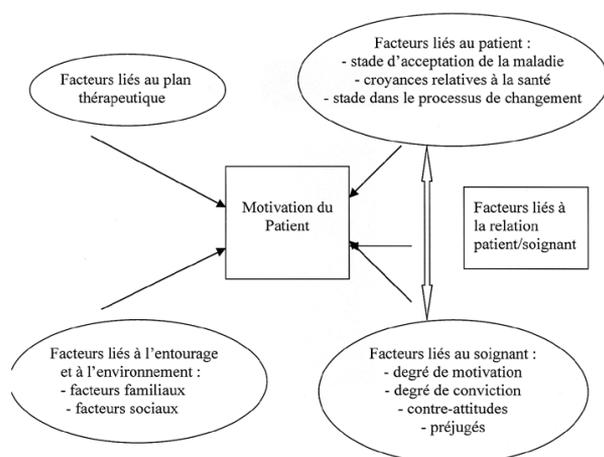


Fig. 4 : Les facteurs qui influencent la motivation du patient

niques psychologiques à utiliser pour amener les gens à faire ce qu'ils ne veulent pas faire. L'entretien se veut semi-directif dans l'exploration, sans jugement face à l'ambivalence du patient. L'entretien motivationnel se distingue d'une approche rogérianne en ce qui concerne le processus de changement, car le soignant sélectionne par l'écoute réflexive, utilise la discordance dans le discours et facilite le changement (20).

Ainsi, les principes de l'entretien motivationnel sont avant tout une communication empathique selon Rogers (21,22) afin de faire développer les divergences du patient et de renforcer son sentiment d'efficacité personnelle. Un autre principe intéressant est de rouler avec la résistance du patient lorsqu'il est justement en ambivalence.

Une ambivalence typique de nos patients diabétiques de type 2 est le fait qu'ils ne suivent pas leur plan alimentaire alors qu'ils savent parfaitement ce qu'ils doivent faire pour maigrir et pour équilibrer leur diabète. Une divergence se manifeste alors entre une valeur et un comportement. Par exemple, un fumeur ne veut pas arrêter de fumer pour ne pas perdre sa liberté. Un entretien autour de cette divergence permet d'investiguer avec le patient son ambivalence, entre préserver sa liberté, son autonomie, sa qualité de vie, et le risque de faire des complications. Rouler avec sa résistance serait de l'amener à discuter de ce qu'est pour lui sa liberté, son autonomie, sa qualité de vie, voire même qu'il réalise de lui-même qu'elles pourraient être améliorées en arrêtant de fumer. L'objectif du soignant est d'amener le patient à prendre en considération un autre point de vue et à devenir lui-même l'acteur de sa décision. «Que peut-il changer au minimum qui ne lui coûte pas trop cher psychologiquement et qui rapporte le maximum». Un des grands principes de l'entretien motivationnel est de renforcer l'efficacité personnelle du patient, d'augmenter sa confiance dans le changement.

Finalement, après l'esprit et les principes de l'entretien motivationnel, il existe des stratégies, voire même des outils. L'objectif premier est de faire émerger le discours-changement et, pour ce faire, il est utile d'utiliser quatre techniques résumées dans l'acronyme «OUVER». D'abord, poser des questions *OUvertes* au lieu de questions fermées habituelles. Ensuite, le thérapeute *Valorise* la démarche du patient, son efficacité personnelle et son estime de soi. Il pratique au cours de l'enseignement thérapeutique, une *Ecoute réflexive* avec des reformulations empathiques, des paraphrases et il reflète les sentiments légitimes du patient. Il est important de lui «laisser la main» dans l'entretien tout en

l'orientant dans l'explication de son ambivalence, de sa motivation et de son «discours changement». Finalement, le soignant doit *Résumer* des petites périodes de l'entretien pour permettre au patient de réaliser le cheminement de son explication face à son ambivalence.

En conclusion, l'entretien motivationnel complète parfaitement l'enseignement thérapeutique, qui, lui aussi, se fait dans un climat empathique, associé à plusieurs approches psycho-pédagogiques. L'enseignement thérapeutique est une approche humaniste, centrée sur le patient, qui lui permet d'être acteur de son traitement, de sa propre prise en charge, et ceci pour améliorer sa qualité de vie, et diminuer ses complications potentielles. Le soignant ainsi enseigne, forme, transmet, négocie, motive et accompagne son patient dans le suivi à long terme. L'enseignement thérapeutique et l'entretien motivationnel devrait occuper une place de choix dans la prise en charge de tout patient diabétique.

BIBLIOGRAPHIE

- Golay A, Bloise D, Maldonato A.— The education of people with diabetes. In : Pickup J, Williams G Eds., *Textbook of diabetes*. 2nd edition, Blackwell, Oxford, 2002, 38.1-38-13.
- Lacroix A, Assal JP.— *Éducation thérapeutique*. Vigot, Paris, 1998.
- Maldonato A, Segal P, Golay A.— The Diabetic Education Study Group and its activities to improve the education of people with diabetes in Europe. *Pat Educ Counsel*, 2001, **44**, 87-97.
- Gagnayre R, Magar Y, d'Ivernois JF.— *Éduquer le patient asthmatique*. Vigot, Paris, 1998.
- Bourbeau J, Julien M, Maltais F, et al.— Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med*, 2003, **163**, 585-591.
- Engleman HM, Wild MR.— Improving CPAP use by patients with the sleep apnea/hypopnea syndrome (SAHS). *Sleep Med Rev*, 2003, **7**, 81-99.
- Golay A, Girard A, Grandin S, et al.— A new educational programme for patients suffering from sleep apnea syndrome. *Pat Educ Counsel*, 2005, in press.
- Eriksson S, Kaati G, Bygren LO.— Personal resources, motives and patient education leading to changes in cardiovascular risk factors. *Pat Educ Counsel*, 1998, **34**, 159-168.
- OMS, Bureau Régional pour l'Europe.— *Éducation thérapeutique du patient, programme de formation continue par des professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS, Copenhague. Version française UCL Bruxelles, p. 84, 1998.
- Assal JP.— Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. *Encycl Méd Chir*, Elsevier, Paris, 25-005-A10, 1996.
- Assal JP, Albeau A, Peter-Riesch B, et al.— The cost of training a diabetic patient : effects on prevention of amputation. *Diab Metab*, 1993, **19**, 491-495.
- Assal JP, Golay A.— Le suivi à long terme des patients chroniques : les nouvelles dimensions du temps thérapeutique. *Diabète Education*, 2002, **12**, 41-45.
- Lasserre A, Jacquemet S.— Quels rôles pour le soignant dans l'accompagnement de patients souffrant d'excès de poids ? Réflexions sur un double processus d'apprentissage. *Med Hyg*, 1998, **56**, 1198-1202.
- Fossati M, Amati F, Painot D, et al.— Cognitive-behavioral therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorder. *Eating Weight Disord*, 2004, **9**, 134-138.
- Giordan A, Golay A, Jacquemet S, et al.— Communication thérapeutique. L'impact d'un message dans le processus d'apprendre. *Psychothérapies*, 1996, **16**, 189-193.
- Golay A, Volery M, Rieker A, et al.— Approche cognitivo-comportementale. In : Basdevant A, Guy-Grand B, Eds. *Médecine de l'obésité*. Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 2004, 246-252.
- Fossati M, Rieker A, Golay A.— Thérapie cognitive en groupe de l'estime de soi chez des patients obèses, un nouvel outil : la fleur de l'estime. *J Thér Comport Cognit*, 2004, **14**, 29-34.
- Sommer J, Gache P, Golay A.— L'enseignement thérapeutique et la motivation du patient. In : Richard C, Lussier MT, Eds. *La communication professionnelle en santé*. ERPI, Québec, 2005, 656-691.
- Miller W, Rollnick S.— *Motivational interviewing: preparing people for change*, 2nd edition Guilford Press, New-York, 2002.
- Lécallier D, Michaud P.— L'entretien motivationnel, une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et Addictologie*, 2004, **26**, 129-134.
- Rogers C.— *La relation d'aide et psychothérapie*. ESF, Paris, 1970.
- Rogers C.— *Counseling and psychotherapy : newer concept in practice*. Houghton Miffling Co, Boston, 1957.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. Alain Golay, Service d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques - Unité 3HL, Département de Médecine Communautaire, Hôpitaux Universitaires de Genève, 24, rue Micheli-du-Crest, 1211 Genève 14.
E-mail : Alain.Golay@hcuge.ch